



Minister  
Zdrowia

---

RZS.050.3.2026.AK  
Warszawa, 29 maja 2026

Pan  
Włodzimierz Czarzasty  
Marszałek Sejmu  
Rzeczypospolitej Polskiej

*Szanowny Panie Marszałku,*

w związku z **interpelacją nr 16355 Posła Marka Matuszewskiego, w sprawie jakości opieki nad osobami starszymi**, zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie poniższych informacji.

Należy wskazać, iż opiekę nad osobami starszymi sprawują lekarze różnych specjalności, co wynika z częstego współwystępowania wielu schorzeń oraz złożonych potrzeb zdrowotnych tej grupy pacjentów. W proces leczenia zaangażowani są m.in. interniści, geriatrzy, kardiologowie oraz przedstawiciele innych zawodów medycznych, w szczególności pielęgniarzy.

Dane oraz analizy dotyczące liczby i struktury kadr medycznych, obejmujące lekarzy, pielęgniarzy, położne, fizjoterapeutów, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów, zarówno w ujęciu ogólnokrajowym, jak i regionalnym, dostępne są w aplikacji dotyczącej kadr medycznych pod linkiem: <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>. Dodatkowo w zakładce „Kadra NFZ” w ww. aplikacji udostępnione są informacje dotyczące personelu medycznego w podziale na rodzaj udzielanych świadczeń oraz typ komórki organizacyjnej, w której świadczenia są realizowane w ramach podpisanej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Ministerstwo Zdrowia prowadzi analizy na platformie BASiW w zakresie m.in. dostępności (liczba łóżek, obłożenie) miejsc w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/lozka-i-oblozenie/>). Można tam znaleźć informacje na temat przestrzennego i czasowego zróżnicowania wartości tych wskaźników, tj. liczby łóżek i obłożenia - po odpowiednim filtrowaniu (rodzaj świadczeń: Zakłady Opiekuńczo-Lecznicze i Pielęgnacyjno-Opiekuńcze, rodzaj działalności: opieka długoterminowa (MZ-29A, MSWiA-33) oraz wybierając odpowiednie specjalności oddziałów (np. usuwając te dedykowane dzieciom). Źródłem danych są dane ze sprawozdań MZ-29A oraz MSWiA-33 za dany rok.

Równocześnie wskazuję, że ustawa z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta nakłada na podmioty wykonujące działalność leczniczą, w ramach wewnętrznego systemu zarządzania jakością i bezpieczeństwem, obowiązek prowadzenia badań opinii i doświadczeń pacjentów na podstawie ankiety udostępnionej w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie Ministerstwa Zdrowia. Ustawa nie przewiduje jednak odrębnych wskaźników jakości dedykowanych wyłącznie świadczeniom udzielanym osobom starszym.

Jednocześnie należy wskazać, że Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia, będące jednostką podległą Ministrowi Zdrowia, prowadzi szeroko zakrojone badania satysfakcji i doświadczeń pacjentów w ramach systemu PASAT (Pakiet Satysfakcja). Wśród stosowanych ankiet znajduje się odrębna ankieta dotycząca opieki długoterminowej, czyli obszaru szczególnie istotnego z perspektywy osób starszych, przewlekle chorych i niesamodzielnych. Ponadto ankiety zawierają metryczkę pacjenta, obejmującą m.in. wiek, w tym kategorie: 60–79 lat oraz 80 lat i więcej. Rozwiązanie to umożliwi analizowanie wyników badań z uwzględnieniem doświadczeń pacjentów starszych, mimo że ustawa nie ustanawia osobnego zestawu wskaźników jakości przeznaczonych wyłącznie dla tej grupy pacjentów.

W latach 2019-2024 liczba pracujących lekarzy wzrosła w Polsce o ok. 13%. W 2024 r. w przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła 395,7. Liczba lekarzy jest jednak silnie zróżnicowana regionalnie, w tym ze względu na specjalizacje.

Należy podkreślić, iż w ciągu ostatniej dekady znacząco poprawiono dostępność kształcenia medycznego dzięki zwiększeniu liczby miejsc na studiach lekarskich, co przyczyniło się do znacznego wzrostu liczby lekarzy. Na przestrzeni lat 2005-2025 zwiększono limity na I rok studiów kierunku lekarskiego dla obywateli Polski, prowadzonych w języku polskim o 211%. W latach akademickich 2015/2016-2024/2025 odnotowano również dynamiczny wzrost absolwentów narodowości polskiej – o 48%. Departament Analiz i Strategii opracował model popytowy dla kadry lekarskiej ogółem. Z modelu tego wynika, że w Polsce nastąpi dalszy wzrost liczby lekarzy, co jest głównie efektem wzrostu kształcenia. Zgodnie z tym modelem możliwe jest, że w najbliższych latach podaż przewyższy popyt na kadrę lekarską.

Bardzo istotne jest dostosowanie kształcenia specjalizacyjnego do potrzeb i różnic regionalnych – kluczowa jest odpowiednia dystrybucja kadry oraz strategia przyznawania miejsc na szkolenia specjalizacyjne lekarzy. Dla przykładu: w specjalizacjach z zakresu chorób wewnętrznych, rehabilitacji medycznej i chirurgii ogólnej – liczba lekarzy osiagających wiek emerytalny przewyższa liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego. Z drugiej strony dla specjalizacji takich jak m.in. medycyna rodzinna, kardiologia, anestezjologia i intensywne terapię prognozowane jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej i znaczny wzrost liczby specjalistów.

W kontekście innych zawodów medycznych istotne jest również zapewnienie kształcenia, które zniweluje różnice regionalne i odpowie na potrzeby pacjentów. Zróżnicowanie jest widoczne m.in. w liczbie pielęgniarek. Dodatkowo Polska ma jeden z niższych wskaźników liczby pielęgniarek na 1000 ludności według danych OECD (liczba pielęgniarek w Polsce w 2023 r. na 1000 ludności wynosiła 5,9, a średnia OECD to 9,2). Należy podkreślić, że liczba studentów narodowości polskiej rozpoczynających pierwszy semestr studiów licencjackich na kierunku pielęgniarstwo w latach akademickich 2015/2016 do 2024/2025 wzrosła o 134% (z 5,8 tys. do 13,6 tys.). Aktualny wzrost liczby kształcących się osób na kierunku pielęgniarstwo pozwala na zapewnienie zastępowalności pokoleniowej, lecz nie gwarantuje znacznego wzrostu liczby pielęgniarek w Polsce ogółem.

Minister Zdrowia podejmuje działania mające na celu wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów posiadających kompetencje niezbędne do zagwarantowania właściwej opieki medycznej, zarówno w dziedzinie geriatry, jak i w innych dziedzinach.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami<sup>1</sup> wynagrodzenie lekarzy rezydentów odbywających szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach priorytetowych podlega corocznej waloryzacji, skutkującej jego wzrostem od dnia 1 lipca każdego roku. Geriatria posiada status dziedziny priorytetowej od 20 grudnia 2012 r. Nadanie danej dziedziny statusu priorytetowej wiąże

---

<sup>1</sup> Ustawa z dnia 26 maja 2022 r. o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 18 czerwca 2025 r. w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizację w ramach rezydentury (Dz.U. 2025 poz. 812).

się z przyznaniem lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w tej dziedzinie wyższego wynagrodzenia zasadniczego niż lekarzom realizującym specjalizację w dziedzinach niepriorytetowych.

Od dnia 1 lipca 2025 r. wynagrodzenie zasadnicze brutto lekarza odbywającego szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie priorytetowej wynosi:

- 10 711 zł – w pierwszych dwóch latach zatrudnienia w ramach rezydentury, co oznacza wzrost o 7 109 zł w porównaniu do stanu z lipca 2016 r. (3 602 zł),
- 11 685 zł – po upływie dwóch lat zatrudnienia w trybie rezydentury, co stanowi wzrost o 7 795 zł względem lipca 2016 r. (3 890 zł).

Nowelizacja ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2026 r. poz. 37) wprowadziła ponadto rozwiązanie umożliwiające lekarzom odbywającym szkolenie specjalizacyjne w ramach rezydentury uzyskanie dodatkowego zwiększenia wynagrodzenia zasadniczego:

- 600 zł miesięcznie – w przypadku specjalizacji w dziedzinie niepriorytetowej,
- 700 zł miesięcznie – w przypadku specjalizacji w dziedzinie priorytetowej.

Warunkiem otrzymania tego dodatkowego wynagrodzenia jest zobowiązanie się lekarza do przepracowania łącznie dwóch lat, w okresie pięciu kolejnych lat po zakończeniu szkolenia specjalizacyjnego, w podmiocie leczniczym finansowanym ze środków publicznych.

Dodatkowo wprowadzono możliwość prowadzenia postępowania kwalifikacyjnego na wolne miejsca specjalizacyjne w skali całego kraju, podczas gdy wcześniej nabór odbywał się wyłącznie w ramach jednego województwa. Lekarzom i lekarzom dentystom umożliwiono wskazanie – według kolejności preferencji – do 15 wariantów wyboru obejmujących dziedzinę, tryb oraz miejsce odbywania szkolenia specjalizacyjnego.

W przypadku niewykorzystania miejsc specjalizacyjnych w danym postępowaniu kwalifikacyjnym istnieje również możliwość przeprowadzenia dodatkowego naboru wyłącznie dla dziedzin priorytetowych, w tym m.in. geriatry i medycyny paliatywnej.

Powyższe rozwiązania mają na celu zwiększenie liczby lekarzy podejmujących szkolenie specjalizacyjne w dziedzinach cieszących się mniejszym zainteresowaniem.

Obowiązujące przepisy umożliwiają także przystąpienie o rok wcześniej niż dotychczas do Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego lekarzom, którzy ukończyli przedostatni rok szkolenia specjalizacyjnego.

Zatem ze strony Ministra Zdrowia wprowadzone zostały mechanizmy prawne i finansowe zwiększające możliwość uzyskania większej liczby specjalistów w dziedzinach priorytetowych, w tym z geriatry.

Należy jednak podkreślić, że istotną rolę w kształtowaniu kadry lekarzy specjalistów odgrywają kierownicy podmiotów leczniczych, którzy dysponują niezależnymi narzędziami motywacyjnymi służącymi zachęcaniu lekarzy do podejmowania szkolenia specjalizacyjnego w określonych dziedzinach medycyny, zarówno w trybie rezydenckim, jak i pozarezydenckim.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz.U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.) w § 6a nakłada na świadczeniodawców udzielających świadczeń w trybie hospitalizacji oraz hospitalizacji planowej obowiązek opracowania i wdrożenia procedury oceny geriatrycznej pacjenta (nie dotyczy on oddziałów o profilu pediatrycznym, neonatologicznym oraz położniczo-ginekologicznym).

Jednocześnie załącznik nr 3 do ww. rozporządzenia określa szczegółowe warunki realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu geriatry. W przypadku oddziału geriatrycznego wymagane jest zapewnienie co najmniej równoważnika jednego etatu specjalisty w dziedzinie geriatry lub gerontologii (z wyłączeniem dyżuru medycznego). Oznacza to, że

świadczeniodawca może zatrudniać na oddziale geriatrycznym również lekarzy posiadających specjalizacje w innych dziedzinach medycyny.

W związku ze zmieniającymi się potrzebami zdrowotnymi społeczeństwa oraz koniecznością zapewnienia odpowiedniej dostępności świadczeń zdrowotnych realizowanych przez pielęgniarki, Ministerstwo Zdrowia podejmuje działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek oraz zachęca do podejmowania kształcenia przygotowującego do wykonywania tego zawodu.

W tym celu wdrażane są rozwiązania systemowe służące rozwojowi kompetencji oraz rozszerzaniu uprawnień zawodowych pielęgniarek, niezbędnych do realizacji świadczeń odpowiadających bieżącym potrzebom zdrowotnym społeczeństwa, a jednocześnie zwiększających ich samodzielność zawodową.

Programy studiów pierwszego i drugiego stopnia na kierunku pielęgniarstwo obejmują również treści dotyczące opieki nad osobami starszymi i osobami z niepełnosprawnościami. Ministerstwo Zdrowia wspiera ponadto rozwój kompetencji zawodowych pielęgniarek poprzez coroczne dofinansowywanie szkoleń specjalizacyjnych, w tym także w dziedzinach związanych z opieką nad osobami starszymi oraz osobami z niepełnosprawnościami.

Podejmowane działania przyczyniają się do wzrostu zainteresowania młodych osób kształceniem na kierunku pielęgniarstwo, a w konsekwencji do stopniowego zwiększania liczby pielęgniarek zatrudnionych w systemie ochrony zdrowia.

Jednocześnie należy podkreślić, że istotną rolę w opiece nad osobami starszymi odgrywają również fizjoterapeuci. Wykonywanie zawodu fizjoterapeuty ma szczególne znaczenie w kontekście starzenia się społeczeństwa oraz potrzeby zapewnienia osobom starszym możliwości jak najdłuższego samodzielnego funkcjonowania w środowisku domowym. Fizjoterapeuci stanowią ważny element kompleksowej, profesjonalnej i zespołowej opieki nad seniorami.

Fizjoterapeuci uczestniczą w realizacji świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 265).

Kształcenie przygotowujące do wykonywania zawodu fizjoterapeuty prowadzone jest w formie jednolitych studiów magisterskich na kierunku fizjoterapia, zgodnie ze standardami określonymi w rozporządzeniu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodów medycznych.

Standard kształcenia obejmuje efekty uczenia się pozwalające absolwentom zdobyć wiedzę m.in. w zakresie:

- oddziaływania sił mechanicznych na organizm człowieka zdrowego i chorego, w tym osoby starszej;
- działania czynników fizykalnych oraz zabiegów fizykoterapeutycznych stosowanych u osób starszych;
- zasad stosowania wyrobów medycznych w terapii osób starszych;
- kształtowania, podtrzymywania i przywracania sprawności osób w różnym wieku, w tym osób starszych.

Dodatkowo fizjoterapeuci mogą uzyskać tytuł specjalisty po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego oraz zdaniu Państwowego Egzaminu Specjalizacyjnego Fizjoterapeutów. W ramach szkolenia realizowany jest m.in. kurs „Diagnostyka i fizjoterapia w geriatryi i medycynie paliatywnej” obejmujący 24 godziny dydaktyczne.

Kurs ten obejmuje zagadnienia dotyczące m.in. podstaw geriatryi i opieki paliatywnej, fizjologii i patologii procesu starzenia się, najczęściej występujących chorób wieku podeszłego, zasad leczenia, pielęgnacji i usprawniania osób starszych oraz wybranych

problemów neurologicznych związanych z wiekiem, takich jak choroba Alzheimera czy choroba Parkinsona.

Należy podkreślić, że celem kształcenia w zawodach medycznych jest przygotowanie kadr do funkcjonowania w dynamicznie zmieniającym się systemie ochrony zdrowia, w tym do odpowiadania na wyzwania wynikające ze starzenia się społeczeństwa oraz rosnącego zapotrzebowania na świadczenia kierowane do osób starszych.

Dodatkowo, Ministerstwo Zdrowia (Departament Rozwoju Kadr Medycznych) jest Beneficjentem projektu FERS.01.13-IP.07- 0002/24, pn. „Szkolenie specjalizacyjne dla osób wykonujących zawód fizjoterapeuty i farmaceuty”.

Projekt został uruchomiony w celu podniesienia kompetencji m.in. fizjoterapeutów i fizjoterapeutek uczestniczących w szkoleniu specjalizacyjnym w dziedzinie fizjoterapii, umożliwiając im uzyskanie tytułu specjalisty. W ramach projektu uczestnicy otrzymują dofinansowanie do realizacji szkolenia specjalizacyjnego obejmującego poszczególne moduły określone programem specjalizacji.

Projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus, programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021–2027, Działanie 1.13 „Umiejętności w sektorze zdrowia”.

Dotychczas wsparciem objęto około 230 fizjoterapeutów realizujących szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie fizjoterapii.

Odnosząc się natomiast do kompetencji opiekuna medycznego, należy wskazać, że zostały one rozszerzone o nowe czynności pielęgnacyjno-medyczne, obejmujące m.in. pobieranie krwi żyłnej i włośniczkowej oraz innych materiałów do badań laboratoryjnych, wykonywanie iniekcji podskórnych, a także podawanie leków osobie chorej i niesamodzielnej na zlecenie lekarza, pielęgniarki lub położnej.

Ponadto ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o niektórych zawodach medycznych (Dz.U. poz. 1972), regulująca wykonywanie 15 zawodów medycznych, w tym zawodu opiekuna medycznego, wprowadziła rozwiązania dotyczące ustawicznego rozwoju zawodowego. Rozwój ten może być realizowany zarówno poprzez kształcenie podyplomowe, jak i obowiązkowe doskonalenie zawodowe, obejmujące kursy doskonalące służące pogłębieniu i aktualizacji wiedzy oraz umiejętności zawodowych, a także samokształcenie.

Obecnie Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego realizuje kurs kwalifikacyjny dla opiekunów medycznych zainteresowanych uzupełnieniem kompetencji zawodowych w zakresie kwalifikacji MED.14 „Świadczenie usług medyczno-pielęgnacyjnych i opiekuńczych osobie chorej i niesamodzielnej”.

Mając na uwadze powyższe, należy podkreślić, że działania podejmowane w zakresie uregulowania zawodu opiekuna medycznego oraz rozszerzenia jego kompetencji zawodowych mogą przyczynić się zarówno do wzrostu prestiżu tego zawodu, jak i zwiększenia zainteresowania uzyskaniem kwalifikacji niezbędnych do jego wykonywania.

W ostatnich latach znacząco zwiększamy nakłady na system ochrony zdrowia, realizując szeroko zakrojone programy inwestycyjne finansowane m.in. z Krajowego Planu Odbudowy (KPO) czy Funduszu Medycznego. Są to inwestycje o dużej skali, które obejmują modernizację i rozbudowę infrastruktury medycznej, rozwój cyfryzacji, zakup nowoczesnego sprzętu diagnostycznego i terapeutycznego, a także wzmocnienie kluczowych obszarów systemu, takich jak onkologia, kardiologia czy opieka długoterminowa. Celem tych działań jest nie tylko poprawa jakości i dostępności świadczeń dla pacjentów, ale także zwiększenie odporności całego systemu ochrony zdrowia na przyszłe wyzwania.

Rezultatem przemian demograficznych w Polsce jest zwiększająca się liczba osób starszych, a w konsekwencji osób potrzebujących opieki. Mimo znaczącego rozwoju zarówno

publicznych, jak i prywatnych usług opiekuńczych, kluczowe znaczenie ma opieka zapewniana przez rodzinę i bliskich osób chorych.

Opieka domowa nad osobami przewlekle chorymi i z ograniczoną sprawnością to wymagające i często wyczerpujące zadanie, które z biegiem czasu może prowadzić do przeciążenia fizycznego i psychicznego opiekunów, zwiększając ryzyko wyczerpania, depresji oraz poczucia osamotnienia. Aby temu zapobiec kluczowe jest wdrażanie skutecznych form wsparcia, które pomogą odnaleźć równowagę i siłę w tej trudnej roli.

Wychodząc naprzeciw tym potrzebom, w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021-2027 (FERS), w ramach działania 04.14 Deinstytucjonalizacja długoterminowej opieki medycznej, zaplanowano realizację projektu w trybie konkurencyjnym pn. "Wsparcie psychologiczne dla opiekunów i opiekunek nieformalnych osób starszych."

Celem projektu jest zapewnienie wsparcia psychologicznego opiekunom nieformalnym osób starszych, w tym osobom sprawującym opiekę nad osobami z chorobami otępiennymi, w szczególności chorobą Alzheimera, w formie grupowych sesji wsparcia psychospołecznego oraz indywidualnych sesji psychologicznych.

Jednocześnie w *Krajowym Programie Działań wobec Chorób Otępiennych, polityce publicznej do roku 2030*, przyjętym uchwałą Rady Ministrów w grudniu 2025 r. zaplanowano priorytet obejmujący wsparcie dla opiekunów osób z chorobami otępiennymi, w zakresie edukacyjnym, informacyjnym oraz psychologicznym.

Należy wspomnieć, że już od października 2025 r. funkcjonuje infolinia „Helpline”, prowadzona przez Rzecznika Praw Pacjenta we współpracy z Alzheimer Polska. Projekt współfinansowany jest z Europejskiego Funduszu Społecznego PLUS 2021-2027 w ramach programu Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego.

Z usługi mogą korzystać w szczególności: opiekunowie nieformalni i bliscy osób chorych, opiekunowie formalni, osoby zaniepokojone pogorszeniem funkcji poznawczych, osoby z łagodnymi zaburzeniami poznawczymi (MCI), pacjenci we wczesnych stadiach chorób otępiennych, a także pracownicy podmiotów leczniczych i instytucji pomocy społecznej.

Kontakt z infolinią umożliwi poufną rozmowę z konsultantami, w tym psychologiem oraz innymi specjalistami (np. terapeutą zajęciowym czy prawnikiem), i uzyskanie:

- informacji dotyczących ścieżki diagnostycznej, przebiegu choroby i jej objawów, dostępnych form wsparcia oraz organizacji opieki nad chorym;
- wsparcia w podejmowaniu istotnych decyzji, m.in. w zakresie reprezentacji prawnej, spraw finansowo-majątkowych czy udzielania pełnomocnictw;
- pomocy w sytuacjach kryzysowych, z którymi mierzą się opiekunowie na co dzień.

Wskazać należy, że Polska ma bardzo szeroki koszyk świadczeń gwarantowanych (czyli - z perspektywy świadczeniodawcy - bezpłatnych), definiujący czego pacjent może oczekiwać w ramach ochrony ubezpieczeniowej (w niektórych krajach finansowane są wyłącznie procedury „uzasadnione medycznie”, czyli te wskazane przez lekarza). W dodatku Polska jest krajem, w którym praktycznie nie występują dopłaty pacjenta do świadczeń, a mimo to katastrofalne wydatki na zdrowie<sup>2</sup> są tylko nieznacznie wyższe niż średnia europejska. Jednocześnie, skoro mamy ograniczone zasoby (finansowe czy kadrowe) oraz bardzo szeroki zakres procedur, nie może nie występować utrudnienie w dostępności do świadczeń w postaci czasu oczekiwania (kolejki). Ministerstwo identyfikuje te trudności i wdraża

---

<sup>2</sup> Katastrofalne wydatki na zdrowie określone zostały jako wydatki powyżej 40% całkowitej rocznej konsumpcji gospodarstwa domowego po odliczeniu podstawowych potrzeb (standardowych kosztów żywności, czynszu i mediów), skorygowanych o wielkość i skład gospodarstwa domowego.

rozwiązania ukierunkowane na zwiększenie liczby kadr medycznych i optymalizację organizacji udzielania świadczeń, by możliwe było utrzymanie niezmnieszonego koszyka.

Ministerstwo Zdrowia aktualnie pracuje nad schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej, który będzie elementem mapy potrzeb zdrowotnych (MPZ), udostępnianej na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego (platforma BASiW).

Prace nad MPZ w części dotyczącej ww. schematu wskazane zostały w *Krajowym Planie Transformacji na lata 2027-2031*, jako jedno z działań horyzontalnych, a zatem działań, które stanowią strategiczne zaplecze dla kształtowania i wzmacniania oraz reformowania systemu ochrony zdrowia. Prace obejmują świadczenia w różnych obszarach

W ramach prac nad schematem zabezpieczenia opieki szpitalnej przeprowadzanych jest szereg analiz, w tym z zakresie danych przestrzennych, demograficznych oraz rozliczeniowych. Dane są opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia wspólnie z NFZ i AOTMiT oraz analizowane we współpracy z krajowymi i wojewódzkimi konsultantami w ochronie zdrowia właściwymi dla danej dziedziny i będą umożliwiały wydanie rekomendacji mogących stanowić podstawę kryteriów decyzji dotyczących przyszłej organizacji udzielania świadczeń szpitalnych.

Dzięki przeprowadzonym analizom rozwiązania projektowane w skali całego systemu ochrony zdrowia przełożą się również na nowocześniejsze, lepiej zorganizowane i stabilnie funkcjonujące podmioty lecznicze. To z kolei przełoży się na realną korzyść dla pacjentów, w postaci zabezpieczenia dostępu do m.in. wysokiej jakości świadczeń opieki zdrowotnej.

Należy również wspomnieć o prowadzonej obecnie **reformie opieki długoterminowej w Polsce** w zakresie szerszej reformy A4.6 pn. *Wzrost współczynnika aktywności zawodowej określonych grup poprzez rozwój opieki długoterminowej* w ramach Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności (KPO).

Reforma ta jest realizowana wspólnie – przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, przy koordynacyjnej roli Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, a konkretnie Pełnomocnika Rządu do spraw Polityki Senioralnej.

W 2024 r. zakończono **przeгляд strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce**. Na podstawie wniosków i rekomendacji zawartych w raporcie z tego przeglądu finalizowane są obecnie prace międzyresortowe mające na celu wdrożenie priorytetów reformy opieki długoterminowej w Polsce.

W ramach priorytetów reformy międzyresortowe prace legislacyjne ukierunkowane są na opracowanie i publikację przepisów:

- a) definiujących „*opiekę długoterminową*” w spójny sposób w całości systemu opiekuńczego kraju, tj. zarówno w systemie opieki zdrowotnej, jak i pomocy społecznej;
- b) definiujących pojęcia „*opiekuna nieformalnego*” oraz „*opieki nieformalnej*”;
- c) wskazujących organy odpowiedzialne za koordynację systemu opieki długoterminowej;
- d) dotyczących standardów jakości opieki długoterminowej w ramach systemów pomocy społecznej i opieki zdrowotnej;
- e) zwiększających stabilność finansowania systemu opieki długoterminowej.

Mając na uwadze powyższe obecnie procedowany jest **projekt ustawy o koordynacji opieki długoterminowej i osobach starszych**. Projekt ustawy stanowi kluczowy krok w kierunku integracji opieki zdrowotnej i społecznej w obszarze opieki długoterminowej.

Najważniejsze efekty systemowe to:

- stworzenie mechanizmu pewnej koordynacji ścieżki osoby wymagającej opieki długoterminowej, w tym wprowadzenie koordynatora na poziomie powiatu,

- wzmocnienie opieki środowiskowej,
- poprawa dostępności i informacji o świadczeniach,
- rozwój monitorowania jakości usług.

W ramach systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej opracowywane są także przepisy dotyczące **standardów jakości opieki długoterminowej**.

Oprócz zmian ram prawnych w ramach priorytetów reformy prowadzone są także inne działania, obejmujące:

- a) **przegląd wydatków publicznych w celu oceny efektywności finansowania opieki długoterminowej ze środków publicznych** – realizowany przez Ministerstwo Finansów we współpracy z KPRM i ministerstwami zaangażowanymi w realizację reformy;
- b) wypracowanie **założeń zintegrowanego systemu monitorowania i ewaluacji jakości tej opieki** – prowadzone we współpracy z Organizacją Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD), Komisją Europejską (KE) i podmiotami publicznymi zaangażowanymi w realizację reformy.

Z wyrazami szacunku  
z upoważnienia Ministra Zdrowia  
Katarzyna Kęcka  
Podsekretarz Stanu  
/dokument podpisany elektronicznie/